

Skuteczność intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym oceniana za pomocą Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006

Effectiveness of intensive psychotherapy in a day hospital evaluated with Neurotic Personality Inventory KON-2006

Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Katarzyna Cyranka¹,
Michał Mielimaka¹, Edyta Dembińska¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹,
Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Krzysztof Rutkowski¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

² Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. The aim of this study was to determine the effectiveness of intensive psychotherapy in the day hospital for neurotic and behavioral disorders as well as the assessment of the usefulness of the Neurotic Personality Inventory KON-2006 for routine evaluation of psychotherapy effectiveness.

Method. The results of the questionnaires KON-2006 completed by 690 patients (women - 69%, men - 31%, mean age 29 years, SD 8 years) were analyzed. All persons have received comprehensive, mainly psychodynamic psychotherapy (group with elements of individual therapy), in the years 2004-2009 in the Day Hospital for Neurotic and Behavioral Disorders in Krakow.

Results. The vast majority of patients achieved after the end of psychotherapy beneficial changes in personality corresponding to various degrees of improvements in terms of the questionnaire KON-2006. Only a few patients deteriorated, somewhat more numerous group did not achieve significant changes or the effects are not possible for unambiguous interpretation. These results are highly correlated with those obtained in the personality questionnaire NEO-PI-R.

Conclusions. The Neurotic Personality Inventory KON-2006 appears to be an adequate tool to assess the results of intensive, comprehensive psychotherapy, conducted in the day hospital for neurotic and behavioral disorders.

Słowa kluczowe: wyniki psychoterapii, osobowość, oddział dzienny

Key words: psychotherapy outcome, personality, day hospital

Wstęp

Przegląd literatury wskazuje, że badania nad skutecznością psychoterapii obejmują perspektywę trzech okresów. Pierwszy, wstępny etap badań, to lata 50. XX wieku; drugi związany z przemianami zachodzącymi zarówno w naukach humanistycznych, jak i empirycznych w dekadzie 1960–1970, w której pojawiające się nowe trendy filozoficzno-psychologiczne wpłynęły na zmianę postrzegania i rozwój samego procesu psychoterapii, oraz trzeci, którego początek wyznaczają wczesne lata 80., trwający do dnia dzisiejszego [1, 2].

W roku 1950 ukazało się pierwsze obszerne opracowanie dotyczące skuteczności psychoterapii. Pionierem badań nad zrozumieniem mechanizmów zmian zachodzących w procesie psychoterapii – która ograniczała się wówczas do ujęcia psychoanalitycznego, pozbawionego konkretnych ram merytorycznych – był Snyder. Podjął się on pierwszych prób odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia działa [3]. Była to teoretyczna podstawa do podjęcia badań, których rozwój nastąpił w latach 60. XX w., a które odnosiły się do bardziej już konkretnych pytań, np. jakie specyficzne interwencje terapeutyczne mają skuteczniejsze działanie w konkretnych typach zaburzeń psychicznych? (W związku z aktualnością tego pytania, wiele lat później jedną z klasycznych pozycji literatury badań nad psychoterapią zatytułowano „What works for whom? [4]). Badania te, osadzone w ówczesnych nurtach filozoficznych promujących podejście behawioralne i poznawcze, stanowiły próbę opisanie zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych w zależności od przyjętej szkoły psychoterapii [5, 6]

Początek lat 80. XX w. przyniósł znaczną proliferację badań nad skutecznością psychoterapii, bazujących jednak bardziej na założeniach teoretycznych i subiektywnych opisach terapeutów niż na analizie danych empirycznych. Obecnie istnieje tendencja, by mówiąc o dowodach potwierdzających skuteczność terapii, odnosić się do badań z randomizacją. Pod wpływem coraz szybszego rozwoju nauk statystycznych badania randomizacyjne zaczęły wieść prym także w naukach medycznych [7–9]. Aktualny model badań w medycynie, w ramach którego prowadzi się badania nad skutecznością farmakoterapii, nie tylko wpłynął na zmianę perspektywy prowadzenia analiz w zakresie psychoterapii (czego przykładem mogą być modele dawka–efekt, jakie wprowadzili do psychoterapii Howard i wsp. [10]), ale też na sposób myślenia o problemach klinicznych. Pacjenci (nie klienci) nie mają już problemów życiowych, ale raczej „zaburzenia kliniczne”; trudności w funkcjonowaniu nie są już powiązane z kłopotami życiowymi, lecz ma miejsce „współwystępowanie rozpoznań”. W takim ujęciu znacznie bardziej „adekwatne” pod względem metodologicznej poprawności stały się badania nad skutecznością terapii indywidualnej pacjentów z pojedynczymi rozpoznaniem, leczonych w nurcie behawioralnym lub behawioralno-poznawczym, gdzie analizowaną zmienną niezależną są ściśle określone interwencje terapeutyczne, zaś zmienną zależną zmiana zachowania wynikająca z tych interwencji. Taka perspektywa badawcza znacznie zbliżyła badaczy do empirycznej poprawności, lecz nasuwa pytanie, czy nie oddaliła od rozumienia tego, jakie zmiany jakościowe, zwłaszcza w przeżywaniu, zachodzą w życiu konkretnego pacjenta w wyniku leczenia [1, 11–15]. Ograniczenia podejścia randomizacyjnego były przedmiotem rozważań

wielu praktyków klinicystów [7–9, 11–15]. Próba zamknięcia przepaści między praktyką a badaniami nadal jest wyzwaniem dla dzisiejszych terapeutów–badaczy [16, 17].

Sześć dekad po stwierdzeniu Eysencka [18], iż nie ma dowodów, że psychoterapia ma pozytywny wpływ na życie pacjentów, zgromadzony został spory materiał badawczy wskazujący na to, że ów wpływ jest rzeczywisty. Przedstawienie obszernego przeglądu badań nad skutecznością oddziaływań psychoterapeutycznych znacznie wykracza poza cel i zakres tego artykułu. Pomimo jednak mnogości doniesień, które potwierdzają skuteczność terapii, pozostaje wciąż wiele istotnych pytań o wpływ mediatorów i moderatorów, które odpowiadają za zmiany w psychoterapii i za to, kiedy owe zmiany występują, a kiedy nie.

Chorpita i wsp. [19] podsumowali wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego dotyczące prowadzenia badań nad skutecznością psychoterapii, które uwzględniają trzy perspektywy analiz: feasibility, generalizability, costs. Feasibility (wykonalność) odnosi się m.in. do stopnia dostępności terapii dla pacjentów czy dostosowania się pacjentów do wymagań wynikających z terapii; generalizability (możliwość uogólnienia) uwzględnia wpływ zmiennych dodatkowych po stronie pacjenta i terapeuty, różnice settingu, długość trwania terapii, kontekst prowadzenia terapii; costs (koszty) odnosi się do perspektywy, w której jako czynnik wpływający na ocenę skuteczności terapii należy wziąć pod uwagę zarówno koszty terapii (z uwzględnieniem zarówno terapii prywatnej, jak i refundowanej przez instytucje państwowe, a także koszty wynikające z nieleczenia zaburzeń). Badania skuteczności psychoterapii w Polsce mają jak na razie zasięg ograniczony (jak się wydaje głównie do perspektywy możliwości uogólnienia) [20].

Aktualnie prowadzone są badania dotyczące skuteczności psychoterapii z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi zarówno psychometrycznych, jak i wskaźników fizjologicznych. Perry i wsp. [21] w obszernej metaanalizie dotyczącej 15 badań nad skutecznością psychoterapii zaburzeń osobowości (prowadzonej w nurcie psychodynamicznym, behawioralno-poznawczym, jak i zintegrowanej) wskazują na znaczącą skuteczność psychoterapii (średnia wielkość efektu 1,1–1,9). Na podstawie heurystycznego modelu wykorzystanego do przeprowadzenia tej analizy autorzy obliczyli, iż średnio 25,8% pacjentów z zaburzeniami osobowości uzyskuje wyleczenie w ciągu roku od momentu rozpoczęcia psychoterapii. Skuteczność psychoterapii pacjentów z zaburzeniami osobowości prowadzoną w nurcie psychodynamicznym i behawioralno-poznawczym potwierdzili także Leichsenring i wsp. [22] w metaanalizie obejmującej 22 badania z lat 1974–2000, do analizy wybrali doniesienia z badań, w których jasno zostały określone kryteria diagnostyczne, zastosowana psychoterapia prowadzona była na podstawie przejrzyste sformułowanych wytycznych, a ocena skuteczności leczenia dokonana została w odniesieniu do współczynnika wielkości efektu (effect size – ES). Wilberg i Karterud [23], dokonując przeglądu badań dotyczących skuteczności psychoterapii grupowej, zauważyli, że mimo licznych doniesień potwierdzających istotność oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń osobowości i zaburzeń nerwicowych, wciąż niewystarczająca ilość badań odnosi się do procesów grupowych. Również Bateman i Fonagy, którzy w badaniu [24] przeprowadzonym na grupie 38 pacjentów wykazali znacząco większą skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych prowadzonych w nurcie

psychoanalitycznym w stosunku do standardowego leczenia psychiatrycznego pacjentów z osobowością typu borderline, podkreślają istotność kontynuacji badań w tym zakresie na większych grupach pacjentów, z uwzględnieniem różnych zmiennych dodatkowych wpływających na przebieg procesu psychoterapii (np. settingu). Metaanalizę badań w tym zakresie przeprowadził Kusters i wsp. [25], porównując skuteczności psychoterapii na podstawie 70 doniesień z badań (24 badania kontrolne, 44 badania typu pre-post) z lat 1980–2004, uwzględniając zarówno orientację teoretyczną, na bazie której prowadzona była psychoterapia, jak i setting terapeutyczny. Zgodnie z przewidywaniami autorów wielkość efektu w badaniach pre-post przewyższała tę uzyskaną w badaniach z grupami kontrolnymi. Jednocześnie autorzy zauważyli, że w analizowanych badaniach pacjenci z list oczekujących na leczenie nie wykazywali zmian w zakresie nasilenia objawów. Obserwacja ta jest sprzeczna z wnioskami płynącymi z innych badań, m.in. Arrindella [26], które wykazały, iż czynnik niespecyficzny związany z oczekiwaniem na leczenie związany jest z poprawą stanu zdrowia pacjentów przekładającą się na wielkość efektu $ES = 0,41-0,91$. Lambert i Ogles różnicę tę tłumaczą m.in. odmiennym stopniem nasilenia objawów u pacjentów, różnym czasem oczekiwania na leczenie, zróżnicowaniem zaburzeń występujących u pacjentów, a także aspektem społecznym odnoszącym się do populacji, z jakiej dana grupa pacjentów pochodzi, podkreślając, że wszystkie te czynniki – jak i inne – powinny być przedmiotem dalszych analiz i badań zarówno w kontekście terapii indywidualnej, jak i grupowej [27].

W Polsce badania nad skutecznością psychoterapii prowadzone są od końca lat 70. m.in. w ośrodku krakowskim, początkowo z inicjatywy ówczesnego kierownika dzisiejszej Katedry i Zakładu Psychoterapii – prof. Jerzego Aleksandrowicza, dotyczące głównie metod oceny wyników pracy oddziału dziennego łączącego terapię grupową i indywidualną (tzw. terapia kompleksowa), społeczność terapeutyczną [28–30] oraz poszukiwania mediatorów tej efektywności [31–34], a później także ograniczonych badań porównawczych terapii poznawczej i psychodynamicznej oraz wspomnianej terapii na oddziale dziennym [35].

W tym nurcie weryfikacji skuteczności leczenia na dziennym, psychoterapeutycznym oddziale leczenia nerwic pojawiają się w latach 2005–2010 pierwsze doniesienia o efektach psychoterapii ocenianych za pomocą pierwotnie polskojęzycznego Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006. Służy on nie tylko do diagnostyki, ale też daje możliwość zaobserwowania i empirycznej weryfikacji zmian zachodzących u pacjentów [36–39] w zakresie występowania i nasilenia cech osobowości (współwystępujących/odpowiadających za występowanie zaburzeń nerwicowych. Badania nad skutecznością psychoterapii z wykorzystaniem KON 2006 prowadzone są obecnie m.in. w ośrodku warszawskim [40–42] oraz w zakresie międzynarodowym [43].

Cel

Celem niniejszego badania było określenie skuteczności intensywnej psychoterapii na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych, a także ocena użyteczności Kwestionariusza Osobowości Nerwicowej KON-2006 do rutynowej oceny wyników.

Material i metoda

W badaniu wykorzystano wyniki kwestionariuszy 690 pacjentów (kobiety – 69%, mężczyźni – 31%; średni wiek 29 lat, odch. stand. 8 lat). Wszystkie osoby przeszły w latach 2004–2009 kompleksową, grupową psychoterapię z elementami indywidualnej, prowadzoną głównie w podejściu psychodynamicznym, na Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic i Zaburzeń Behawioralnych w Krakowie [44, 45]. Psychoterapia standardowo trwała 12 tygodni – 180 godzin sesji grupowych i 12 sesji indywidualnych – terapia osób w grupie badanej (uznana za zakończoną) trwała minimum 8 tygodni (średnio 11 tyg., odch. stand. 3 tyg.), prowadziło ją 6 dwuosobowych zespołów doświadczonych terapeutów regularnie wspieranych przez certyfikowanych superwizorów PTP oraz stażystów i rezydentów.

W badaniu wykorzystano anonimowe dane uzyskane za zgodą pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i osobowości (kategorie F4, F5, F6 klasyfikacji ICD-10). Kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku przynajmniej dwa badania psychiatryczne, wywiad i badanie psychologiczne oraz baterię kwestionariuszy. Umożliwiło to wyłączenie innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), wykluczających podejmowanie psychoterapii na tutęjszym oddziale dziennym [45]. Większość badanych miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe. Główne rozpoznania przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozpoznanie główne wg klasyfikacji ICD-10

Rozpoznanie	n	Odsetek
Inne zaburzenia lękowe (F41)	193	28,0%
Zaburzenia osobowości (F60, F61)	132	19,1%
Zab. lękowe w postaci fobii (F40)	89	12,9%
Zab. występujące pod postacią somatyczną (F45)	78	11,3%
Zab. adaptacyjne (F43)	48	7,0%
Zab. odżywiania się (F50)	34	4,9%
Dystymia (F34)	31	4,5%
Zab. obsesyjno-kompulsyjne (F42)	31	4,5%
Zab. konwersyjne/dysocjacyjne (F44)	20	2,9%
Neurastenia (F48)	10	1,4%
Inne dgn (w tym w trakcie ustalania)	24	3,5%
Suma	690	100,0%

W celu oceny zmiany uzyskanej w terapii pacjenci wypełniali przed rozpoczęciem i przy zakończeniu pobytu na oddziale Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006, kwestionariusz objawowy KO„0” [46], a część badanych także inwentarz NEO-PI-R [47]. Zmiany wartości globalnych współczynników XKON i OWK obli-

czano i kategoryzowano według wcześniej opracowanych i opublikowanych zasad w kategoriach rozmiaru poprawy lub pogorszenia albo uzyskania lub nieuzyskania wyleczenia [35–41], krótko przedstawionych poniżej:

Za poprawę (zmianę ilościową; wg J.W. Aleksandrowicza i wsp. [35–38]) uznawano wartości odpowiednich współczynników:

- dla zmian globalnego nasilenia objawów – współczynnika XO:
 $(\text{OWK początkowa} - \text{OWK końcowa})^2$
(większa z dwóch OWK mnożona przez 966)
gdzie 966 – to maksymalna możliwa OWK kwestionariusza „O”;
- dla zmian neurotycznej dezintegracji osobowości – współczynnika XXKON:
 $(\text{XKON początkowy} - \text{XKON końcowy})^2$
(większy z dwóch XKON mnożony przez 104)
gdzie 104 – to maksymalna możliwa wartość XKON.

Gdy końcowa wartość (OWK lub XKON) okazywała się większa niż początkowa (nastąpiło pogorszenie stanu pacjenta), wartość tych współczynników mnożono przez (-1).

Zmianę objawową (lub osobowości) kategoryzowano następnie:

- jako „poprawę” – współczynnik XO (lub XXKON) znajdujący się w przedziale $<0,1; 1>$,
- jako „niewielką poprawę” – wynik w przedziale $<0,01; 0,1>$,
- jako „brak istotnych zmian” – wynik leżący w przedziale $(-0,01; 0,01)$,
- jako „niewielkie pogorszenie” – wynik w przedziale $<-0,01; -0,1>$,
- jako „znaczne pogorszenie” – wynik w przedziale $<-1; -0,1>$.

Za wyleczonych objawowo uznano tych pacjentów, u których wartość współczynnika kwestionariusza objawowego po terapii wynosiła mniej niż 200 punktów dla kobiet i 165 punktów dla mężczyzn. Za wyraz całkowitego ustąpienia dezintegracji osobowości (wyleczenia), wychwytywanej kwestionariuszem KON-2006, uznawano wynik 8 lub mniej punktów w pomiarze wykonywanym po leczeniu. Za wyniki nieokreślone uznano zmiany wiążące się z wartościami typowymi dla zdrowych przed leczeniem albo w odniesieniu do kwestionariusza KON, związane z wartościami XKON przed lub po leczeniu leżącymi w przedziale 8–18 pkt, zatem nieinterpretowalne [36–38].

Zastosowano także kryteria zmiany zaproponowane przez R. Styłę [39, 40] (powiązane z teorią zmian zaproponowaną przez Jacobsona i Truax), krótko opisane poniżej.

Współczynnik Istotnej Zmiany (Reliable Change Index – RCI) wprowadzony przez Jacobsona, Follette i Revenstorf w 1984 roku to statystyczna metoda oceny, czy różnice pomiędzy dwoma pomiarami przy danym poziomie ufności można przypisać faktycznej zmianie, a nie fluktuacji wyników badań. Na bazie tego współczynnika Styła zaproponował termin Reliable Change Value (RCV) odnoszący się do wartości różnicy między dwoma pomiarami $(x_1 - x_2)$, którą można uznać za wiarygodną przy danym poziomie ufności. Następnie, na podstawie wartości RCV dla współczynnika XKON oraz biorąc pod uwagę wartości punktów odcięcia, Styła zaproponował następujące kategorie oceny zmiany w zakresie osobowości nerwicowej:

1. wyleczenie: XKON poniżej 8 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;
2. prawdopodobne wyleczenie: końcowy wynik XKON pomiędzy 8 a 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;
3. istotna poprawa: końcowy wynik XKON wyższy niż 18 punktów, spadek większy niż 13,3 punktu;
4. brak istotnej zmiany – zmiana mniejsza niż 13,3 punktu;
5. istotne pogorszenie – wzrost współczynnika XKON większy niż 13,3 punktu.

Wyniki

Wyniki leczenia oceniane za pomocą kategorii zmiany współczynnika XKON kwestionariusza KON-2006 przedstawiają tabele 2A–2C.

Tabela 2A. Kategorie poprawy wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.

	Zmiana w zakresie objawów (OWK)				
Zmiana w zakresie osobowości (XKON)	Znaczna poprawa	Niewielka poprawa	Brak zmian	Pogorszenie	Suma
Znaczna poprawa	258 – 37,4%	64 – 9,3%	11 – 1,6%	2 – 0,3%	335 – 48,6%
Niewielka poprawa	89 – 12,9%	60 – 8,7%	18 – 2,6%	5 – 0,7%	172 – 24,9%
Brak zmian	40 – 5,8%	47 – 6,8%	20 – 2,9%	6 – 0,9%	113 – 16,4%
Pogorszenie	9 – 1,3%	26 – 3,8%	24 – 3,5%	11 – 1,6%	70 – 10,1%
Suma	396 – 57,4%	197 – 28,6%	73 – 10,6%	24 – 3,5%	690 – 100,0%

Zdecydowana większość – prawie 3/4 pacjentów – uzyskała poprawę (73%), w tym prawie połowa (49%) znaczną poprawę, jedynie 16% nie uzyskało żadnej zmiany, a co dziesiąty pogorszenie w zakresie dezintegracji osobowości (tab. 2A). Ponadto poprawom według zmiany XKON przeważnie towarzyszyła poprawa objawowa w kwestionariuszu KO₀”.

Tabela 2B. Kategorie „wyleczenia” wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.

	Zmiana w zakresie objawów (OWK)			
Zmiana w zakresie osobowości (XKON)	Wyleczenia	Brak wyleczenia	Nieokreślone	Suma
Wyleczenia	169 – 24,5%	18 – 2,6%	17 – 2,5%	204 – 29,6%
Brak wyleczenia	138 – 20,0%	168 – 24,3%	13 – 1,9%	319 – 46,2%
Wyniki nieokreślone*	88 – 12,8%	26 – 3,8%	53 – 7,7%	167 – 24,2%
Suma	395 – 57,2%	212 – 30,7%	83 – 12,0%	690 – 100,0%

* zmiany łączące się z nieinterpretowalnymi wartościami XKON przed lub po terapii

Wyleczenie w zakresie osobowości uzyskała 1/3 pacjentów, około połowa nie uzyskała tego efektu, ponadto wyniki co czwartej osoby były nieinterpretowalne w tych kategoriach (z powodu wartości współczynnika XKON między 8–18 pkt [36–38]).

Warto zauważyć, że znaczna grupa pacjentów nieuzyskujących wyleczenia wg XKON sprawozdała ulgę w zakresie objawów odpowiadającą wyleczeniu (tab. 2B).

Tabela 2C. Kategorie poprawy (RCI) wg R. Styły

Kategorie zm. XKON wg R. Styły (RCI)	Kategorie zm. XKON wg J.W. Aleksandrowicza i wsp.				
	Znaczne poprawy	Niewielkie poprawy	Brak zmian	Pogorszenia	Suma
Poprawy	333 – 48,3%	59 – 8,6%	0	0	392 – 56,8%
Brak zmian	2 – 0,3%	113 – 16,4%	113 – 16,4%	26 – 3,8%	254 – 36,8%
Pogorszenia	0	0	0	44 – 6,4%	44 – 6,4%
Suma	335 – 48,6%	172 – 24,9%	113 – 16,4%	70 – 10,1%	690 – 100,0%

Propozycje J.W. Aleksandrowicza i wsp. oraz R. Styły okazały się w praktyce zgodne, poza częstszą w propozycji R. Styły kwalifikacją wyników jako braków zmian (tab. 2C).

Współczynnik wielkości efektu dla kwestionariusza KON-2006 był według interpretacji proponowanej przez Cohena znaczny – wyniósł w badanej grupie 690 pacjentów $ES = 1,01$ (przy oznaczaniu metodą korelacji dwuseryjnej wyników badania kwestionariuszem przed i po leczeniu) lub $ES = 0,92$ (przy oznaczaniu metodą porównania zmiany w grupie leczonych z grupą „uznanych za oczekujących” 83 dwukrotnie zbadanych kwestionariuszem KON-2006 pacjentów niepodlegających jednakże leczeniu) [48, 49].

Pomiary wyników psychoterapii w zakresie zmian wartości poszczególnych skal KON-2006 zaobserwowanych w badanej grupie pacjentów przedstawiono osobno dla kobiet i mężczyzn.

Tabela 3. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym – grupa kobiet

Skala/ Średnia \pm Odch. stand.	Przed terapią N = 473	Po terapii N = 473	p	Grupa porównawcza [#] N = 326
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	9,1 \pm 4,6	6,0 \pm 4,3	***	3,6 \pm 3,5
2. Astenia	10,1 \pm 2,9	6,7 \pm 4,0	***	3,6 \pm 3,0
3. Negatywna samoocena	5,7 \pm 3,3	2,8 \pm 3,0	***	1,4 \pm 2,1
4. Impulsywność	7,7 \pm 3,8	5,4 \pm 3,7	***	4,3 \pm 3,1
5. Trudności podejmowania decyzji	7,6 \pm 2,8	6,1 \pm 3,0	***	4,5 \pm 2,8
6. Poczucie wyobcowania	5,3 \pm 3,7	3,0 \pm 3,0	***	3,0 \pm 2,0
7. Demobilizacja	12,1 \pm 4,3	8,3 \pm 4,5	***	5,3 \pm 3,8
8. Skłonność do ryzyka	2,6 \pm 2,2	3,7 \pm 2,4	***	4,7 \pm 3,1
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	6,1 \pm 2,7	5,0 \pm 2,4	***	4,5 \pm 2,3
10. Brak witalności	11,9 \pm 3,5	8,8 \pm 3,9	***	6,5 \pm 3,3

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

11. Przekonanie o niezaradności życiowej	9,1 ± 3,7	5,7 ± 4,2	***	3,2 ± 3,4
12. Poczucie braku wpływu	4,8 ± 3,1	2,5 ± 2,6	***	1,5 ± 2,0
13. Brak wewnątrzsterowności	9,0 ± 4,1	6,1 ± 3,9	***	3,6 ± 3,3
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	6,2 ± 2,8	4,5 ± 3,0	***	4,0 ± 2,7
15. Poczucie winy	7,1 ± 2,8	4,8 ± 3,4	***	2,9 ± 2,5
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	5,9 ± 2,8	4,5 ± 2,7	***	3,2 ± 2,3
17. Zawiść	3,7 ± 2,6	2,4 ± 2,5	***	1,8 ± 2,3
18. Postawa narcystyczna	2,3 ± 2,2	2,1 ± 2,0	ns	1,7 ± 2,0
19. Poczucie zagrożenia	5,4 ± 2,9	3,2 ± 2,8	***	2,5 ± 2,4
20. Egzaltacja	9,4 ± 2,4	7,1 ± 3,0	***	5,5 ± 2,8
21. Irracjonalność	4,6 ± 2,1	3,6 ± 2,1	***	3,9 ± 2,0
22. Drobiazgowość	4,0 ± 2,0	2,8 ± 2,1	***	2,6 ± 1,9
23. Rozpamiętywanie	7,9 ± 1,9	6,2 ± 2,3	***	5,0 ± 2,2
24. Poczucie przeciążenia	5,0 ± 2,0	3,9 ± 2,0	***	4,2 ± 2,3
Współczynnik XKON	36,2 ± 21,8	17,1 ± 20	***	13,7 ± 16,7

wyniki testu t-Studenta lub jego nieparametrycznego odpowiednika: *** $p < 0,0005$; # – wartości dla grupy osób niezaburzonych i nieleczonych z podręcznika testu [36]

Tabela 4. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym – grupa mężczyzn

Skala/ Średnia ± Odch. stand.	Przed terapią N = 217	Po terapii N = 217	p	Grupa porównawcza# N = 194
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	9,1 ± 4,4	5,9 ± 4,2	***	2,9 ± 2,6
2. Astenia	9,8 ± 3,3	6,8 ± 3,9	***	2,6 ± 2,5
3. Negatywna samoocena	4,9 ± 3,3	2,5 ± 2,8	***	0,8 ± 1,1
4. Impulsywność	6,8 ± 3,8	4,9 ± 3,6	***	3,8 ± 2,7
5. Trudności podejmowania decyzji	7,5 ± 2,7	6,1 ± 3,0	***	4,1 ± 2,5
6. Poczucie wyobcowania	5,7 ± 3,8	3,1 ± 3,2	***	1,5 ± 1,8
7. Demobilizacja	10,9 ± 4,4	7,7 ± 4,5	***	4,5 ± 2,6
8. Skłonność do ryzyka	3,1 ± 2,5	4,4 ± 2,5	***	5,5 ± 3,0
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	7,2 ± 2,7	5,4 ± 2,8	***	5,0 ± 2,1
10. Brak witalności	11,8 ± 3,4	8,7 ± 3,9	***	5,8 ± 2,7
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	8,5 ± 4,2	5,5 ± 4,1	***	2,2 ± 2,5
12. Poczucie braku wpływu	4,5 ± 3,1	2,5 ± 2,7	***	1,0 ± 1,4
13. Brak wewnątrzsterowności	8,4 ± 4,3	5,9 ± 4,0	***	3,1 ± 2,5

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

14. Wyobraźnia, fantazjowanie	6,8 ± 3,0	5,2 ± 2,9	***	4,3 ± 2,4
15. Poczucie winy	6,8 ± 2,9	4,5 ± 3,1	***	2,2 ± 2,4
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	6,2 ± 2,8	4,6 ± 2,7	***	3,2 ± 2,3
17. Zawiść	4,3 ± 2,9	2,6 ± 2,5	***	1,9 ± 1,9
18. Postawa narcystyczna	3,4 ± 2,9	2,8 ± 2,2	ns	2,5 ± 2,4
19. Poczucie zagrożenia	5,3 ± 2,9	3,1 ± 2,6	***	1,9 ± 1,6
20. Egzaltacja	8,0 ± 2,6	5,9 ± 3,0	***	3,8 ± 2,7
21. Irracjonalność	3,9 ± 2,1	3,4 ± 2,2	***	3,3 ± 2,1
22. Drobiazgowość	4,5 ± 2,1	3,1 ± 2,2	***	2,4 ± 1,8
23. Rozpamiętywanie	7,6 ± 2,0	6,0 ± 2,4	***	4,2 ± 2,3
24. Poczucie przeciążenia	4,9 ± 2,0	4,1 ± 2,1	***	4,5 ± 2,2
Współczynnik XKON	36,8 ± 22,4	17,8 ± 20,2	***	9,5 ± 13,0

*** $p < 0,0005$; # – wartości dla grupy osób niezaburzonych i nieleczonych z podręcznika testu [36]

Stwierdzono znaczne i istotne statystycznie różnice między wartościami XKON przed i po terapii oraz 23 spośród 24 skal KON-2006 (wyjątek stanowiła zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn skala 18 – Postawa narcystyczna). Średnie wartości tych współczynników zbliżyły się do ich przeciętnych wartości opisanych w podręczniku testu [36] dla grupy porównawczej – osób nieleczonych, niezgłaszających dolegliwości, pochodzących z populacji nieklinicznej, prawdopodobnie w znacznej większości niezaburzonych.



Rysunek 1. Zmiany w kwestionariuszu KON-2006 uzyskane w wyniku intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym

Przeciętne wartości XKON (mediana i kwartyle) przed leczeniem wynosiły ponad 18 pkt (wyniki typowe dla osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe), po terapii wartości przeciętne XKON były bliższe wynikom typowym dla osób zdrowych (poniżej 8 pkt) [36].

W mniejszej grupie 100 pacjentów przeprowadzono także analizę powiązania zmian w KON-2006 ze zmianami w NEO-PI-R (wersję polską opracował J. Siuta [47]), której wyniki przedstawia tab. 5.

Tabela 5. Korelacje zmian wartości czynników inwentarza NEO-PI-R ze zmianami wartości skal kwestionariusza KON-2006

	Neurotyczność	Ekstrawertyczność	Otwartość na doświadczenie	Ugodowość	Sumienność
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	0,44***	-0,37***	0,01	0,12	-0,15
2. Astenia	0,49***	-0,37***	-0,08	-0,03	-0,27*
3. Negatywna samoocena	0,40***	-0,45***	-0,03	0,09	-0,29**
4. Impulsywność	0,52***	-0,31***	-0,15	0,11	-0,28**
5. Trudności podejmowania decyzji	0,43***	-0,36***	-0,02	0,13	-0,11
6. Poczucie wyobcowania	0,28**	-0,27*	-0,06	0,02	-0,22*
7. Demobilizacja	0,58***	-0,49***	-0,04	0,04	-0,31**
8. Skłonność do ryzyka	-0,37***	0,27*	-0,02	-0,12	0,12
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	0,29**	-0,28**	-0,09	0,13	-0,14
10. Brak witalności	0,58***	-0,49***	-0,07	0,13	-0,19
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	0,56***	-0,42***	-0,12	0,06	-0,30**
12. Poczucie braku wpływu	0,36***	-0,34***	-0,05	0,11	-0,21*
13. Brak wewnątrzsterowności	0,49***	-0,38***	0,00	0,13	-0,28**
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	0,37***	-0,32**	0,08	0,05	-0,10
15. Poczucie winy	0,52***	-0,32**	-0,02	0,20	-0,16

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

16. Trudności w relacjach interspers.	0,41***	-0,26*	-0,16	0,06	-0,18
17. Zawiść	0,45***	-0,38***	-0,21*	0,10	-0,23*
18. Postawa narcystyczna	0,24*	-0,12	-0,15	-0,05	-0,19
19. Poczucie zagrożenia	0,36***	-0,38***	-0,13	0,11	-0,25*
20. Egzaltacja	0,47***	-0,29**	-0,06	0,08	-0,19
21. Irracjonalność	0,17	-0,06	0,10	0,21*	0,02
22. Drobiazgowość	0,48***	-0,35***	-0,17	0,04	-0,13
23. Rozpamiętywanie	0,46***	-0,35***	-0,12	0,05	-0,16
24. Poczucie przeciążenia	0,23*	-0,15	0,02	0,14	0,02
Współczynnik XKON	0,48***	-0,47***	-0,10	0,10	-0,28**

wyłuszczone korelacje istotne statystycznie, istotności oznaczono: * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0001$

Najwięcej najsilniejszych korelacji ze zmianami wartości XKON i zmianami wartości skal KON stwierdzono dla zmian wartości czynników Neurotyczność (N) i Ekstrawertyczność (E). Nie było takich powiązań dla zmian skali Irracjonalność (z czynnikami N i E) oraz dla zmian skal KON Postawa narcystyczna oraz Poczucie przeciążenia (z czynnikiem E). Dla czynnika Sumienność (S) stwierdzono korelację zmian ze zmianą XKON oraz 10 skal. Stwierdzono tylko po jednej istotnej, lecz słabej korelacji dla czynników Otwartość na doświadczenie (odwrotna – ze skalą Zawiść) i Ugodowość (ze skalą Irracjonalność).

Dyskusja

Nie wszystkie rodzaje psychoterapii stawiają sobie za cel uzyskanie zmiany w zakresie osobowości. Jedne podejścia teoretyczne są skrajnie skoncentrowane na objawach (np. terapie behawioralne), inne warunki terapii nie obejmują dość długiego okresu, by taka zmiana miała nastąpić (np. pakiet 5, 10 czy 15 sesji terapii poznawczej lub poznawczo-behawioralnej), jeszcze inne nie ujmują efektów leczenia w tych kategoriach, koncentrując się chociażby wyłącznie na systemie rodzinnym (terapia systemowa) albo tylko na wybranych parametrach zmiany, np. w zakresie mechanizmów obronnych, satysfakcji z życia pacjenta, obciążenia systemu opieki zdrowotnej (wiele różnych wariantów warunków lub założeń teoretycznych terapii) [50–55]. Wiele psychoterapii jest też prowadzonych bez żadnych ustrukturuowanych prób oceny ich efektów, może wyjąwszy nieujmowane w żadnych narzędziach badawczych zadowolenie pacjenta lub terapeuty. Część specjalistów z zakresu psychologii osobowości

zakłada też nieprawdopodobieństwo uzyskania zmian w zakresie osobowości w ogóle lub w wyniku procesu leczenia trwającego krócej niż kilka lat [56–57].

Wśród tych jednak terapii, które trwają dość długo (miesiące lub lata), a szczególnie gdy obejmują wiele sesji (rzędu setek godzin pracy grupy i/lub indywidualnej), weryfikacja efektów w zakresie osobowości jest jak najbardziej możliwa i pożądana. Jak wynika ze wstępnie omówionego piśmiennictwa, najczęściej wykorzystywane testy osobowości (głównie MMPI, NEO, TCI) pozwalają na wykazanie po zakończeniu terapii u znacznej części pacjentów korzystnych zmian także w zakresie osobowości.

Kwestionariusz KON-2006 nie jest tu wyjątkiem – oczywiście, jak można się domyślać, nie każda psychoterapia prowadzi do równie korzystnej zmiany u każdego pacjenta. Według uzyskanych danych większość pacjentów uzyskała przynajmniej poprawę w zakresie globalnego współczynnika nerwicowej dezintegracji osobowości oraz skal tego testu osobowości, niewielu nie uzyskało zmian, a jeszcze mniej spotkało pogorszenie. Niniejsza analiza nie obejmuje jednak braków danych związanych z przedwczesnymi rezygnacjami z leczenia. Najbardziej korzystnych efektów tzw. „wyleczeń” w zakresie opisywanym przez KON-2006 zaobserwowano niewiele, jednak ich uzyskanie może być bardziej czasochłonne niż pozwala 12-tygodniowe leczenie na oddziale.

Wnioski z niniejszego badania mają jednak pewne ograniczenia: nie dysponujemy w obecnym badaniu danymi z innych oddziałów dziennych, innych podejść terapeutycznych, leczenia o podobnej lub mniejszej intensywności lub o innym procesie kwalifikacji przed jego rozpoczęciem. Skuteczność leczenia zależy oczywiście od wielu rozmaitych czynników takich jak doświadczenie terapeutów, współwystępowanie innych zaburzeń, dopasowanie pacjent–terapeuta, optymalne sformowanie przymierza terapeutycznego itd. Dlatego konieczne jest prowadzenie dalszych badań nad skutecznością psychoterapii różnego typu na różnych oddziałach dziennych, weryfikowanej za pomocą różnych testów osobowości.

Za wyborem kwestionariusza KON-2006 przemawia to, że jest on jedynym oryginalnie polskojęzycznym narzędziem ukierunkowanym na wielowymiarową diagnostykę zaburzeń osobowości prawdopodobnie odpowiedzialnych za obecność zaburzeń nerwicowych, jest dostępny bezpłatnie, a także w wersji komputerowej (tych zalet nie mają niestety kwestionariusze NEO-PI-R, NEO-FFI oraz MMPI-2). Zmienne KON-2006 nie są pytaniami o symptomy w odróżnieniu od zmiennych inwentarza NEO. Stosunkowo długi czas wypełniania 243 zmiennych jest jednak krótszy niż dla dłuższych testów osobowości (np. MMPI-2), opracowanie wyników jest również szybkie – całkowicie skomputeryzowane. Wadami KON-2006 jest stosunkowo niewielkie umiędzynarodowienie (istnieją adaptacje czeska i rosyjska) i ograniczenie porównywalności wyników (łatwiejszej dla kwestionariuszy NEO oraz MMPI).

W niniejszym badaniu zrezygnowano z użycia grupy kontrolnej, ponieważ w odniesieniu do psychoterapii tzw. lista oczekujących, zazwyczaj poddawana badaniom diagnostycznym łączącym się z pogłębionym wywiadem psychologicznym, konfrontacją z kontekstem występowania objawów, nie jest populacją wolną od oddziaływań zbliżonych do terapeutycznych (potwierdzają to obserwacje zmian w nasileniu objawów mających jednak miejsce w okresie oczekiwania na terapię). Można spodziewać się, że

upływ czasu lub wielokrotne wypełnianie testów może powodować stopniowe obniżanie wartości kwestionariusza KON-2006. Z drugiej jednak strony badania stabilności tego narzędzia (oszacowania korelacji test-retest) zamieszczone w podręczniku testu [36], podobnie jak obserwacje (niepublikowane) pomiarów dokonywanych przy kolejnych próbach rozpoczęcia psychoterapii wskazują na niewielkie prawdopodobieństwo takich spontanicznych zmian.

Wnioski

1. Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON-2006 pozwala na oszacowanie zmian nasilenia zaburzeń osobowości towarzyszących zaburzeniom nerwicowym zachodzących pod wpływem intensywnej psychoterapii w grupie pacjentów oddziału dziennego.
2. Zmiany te są istotne statystycznie i dotyczą zarówno globalnego współczynnika nerwicowej dezintegracji osobowości, jak i prawie wszystkich jego skal składowych. Prowadzą one do zbliżenia średnich wartości wyników KON-2006 u pacjentów kończących terapię do wyników grupy osób nieleczonych, niezgłaszających objawów nerwicowych i prawdopodobnie niezaburzonych.
3. Kategorie wyników opisane jako różnego stopnia poprawy lub wyleczenia zaobserwowane w kwestionariuszu KON-2006 pozwalają uznać intensywną psychoterapię na oddziale dziennym za skuteczną w odniesieniu do większości pacjentów oddziału. Także współczynnik wielkości efektu był według standardów Cohena znaczny – wyniósł w badanej grupie (zależnie od metody) od 0,92 do 1,01. Pozostaje jednak grupa pacjentów nieuzyskujących zmian oraz z wynikami trudnymi do jednoznacznego skategoryzowania.
4. Korelacje uzyskiwanych podczas terapii zmian w wynikach kwestionariusza KON-2006 ze zmianami w Inwentarzu NEO-PI-R potwierdzają użyteczność KON-2006 jako narzędzia oceny wyników i obrazują powiązania aspektów osobowości opisanych ww. narzędziami z wynikami leczenia, a także ułatwiają rozumienie poszczególnych skal KON-2006.

Wyniki badania zostały częściowo zaprezentowane na konferencjach: „Zaburzenia nerwicowe. Terapia, badania i dydaktyka” – 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii UJ CM (Kraków, 10-11 czerwca 2006); „Psychoterapia czy psychoterapie. Dla kogo?, jaka?, gdzie?” – XI Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP (Poznań, 24-26 maja 2007); II Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Nowoczesna diagnostyka w psychiatrii „Farmakoterapia i psychoterapia. Jeden cel, dwie drogi” (Wisła, 11-13 grudnia 2008); „Psychoterapia w Polsce – terażniejszość i przyszłość” (Warszawa, 17-18 października 2008); 40th SPR International Annual Meeting (Santiago de Chile, 24-27 czerwca 2009.); Konferencja 3 Sekcji pt. „Osoba terapeutu. Relacja terapeutyczna” (Kraków, 19-21 października 2012); podczas XLII, XLIII i XLIV Zjazdu Psychiatrów Polskich, a także podczas International Psychiatric Conference „Neurobiology and Complex Treatment of Psychiatric Disorders and Addiction” (Warszawa, 5-7 czerwca 2014).

Podziękowania: Konsultacje statystyczne – dr Maciej Sobański.

Konflikt interesów: Nie było. Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 i 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański) i K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski).

Piśmiennictwo

1. Lambert MJ. *Psychotherapy research and its achievements*. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. *History of psychotherapy*. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
2. Goldfried MR. *What should we expect from psychotherapy?* Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(7): 862–869.
3. Snyder WU. *Clinical methods: Psychotherapy*. Ann. Rev. Psychol. 1950; 1: 221–234.
4. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Second edition. New York: Guilford; 2004.
5. Goldfried MR, Wolfe BE. *Toward a more clinically valid approach to therapy research*. J. Cons. Clin. Psychol. 1998; 66: 143–150.
6. Sobański JA. *Krótką refleksją nad badaniami w dziedzinie psychoterapii. Tendencje i perspektywy dalszego rozwoju*. Psychoterapia 1998; 105(2): 13–27.
7. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
8. American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. *Evidence-based practice in psychology*. Am. Psychol. 2006; 61: 271–285.
9. Norcross JC. red. *Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices*. Psychotherapy 2011; 48(1): 98–102.
10. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. *The dose-response relationship in psychotherapy*. Am. Psychol. 1986; 41: 159–164.
11. Barlow DH. red. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. New York: Guilford; 2007.
12. Goldfried MR, Davila J. *The role of relationship and technique in therapeutic change*. Psychotherapy 2005; 42: 421–430.
13. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
14. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE. *Training implications of harmful effects of psychological treatments*. Am. Psychol. 2010; 65: 34–49.
15. Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, Baker S, Boutsellis MA, Chiswick NR. i wsp. *Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study*. Psychotherapy (Chic) 2010; 47: 327–345.
16. Hershenberg R, Drabick DAG, Vivian D. *An opportunity to bridge the gap between clinical research and clinical practice: Implications for clinical training*. Psychotherapy (Chic) 2012; 49(2): 123–134.
17. Sobell LC. *Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us*. Behav. Ther. 1996; 297–320.
18. Eysenck HJ. *The effects of psychotherapy: An evaluation*. J. Consult. Psychology 1952; 16(5): 319–324.

19. Chorpita BF, Barlow DH, Albano AM, Daleiden EL. *Methodological strategies in child clinical trials: advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments*. Abnorm. Child Psychol. 1998; 26(1): 7–16.
20. Grzesiuk L, Suszek K. *Psychoterapia. Podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA; 2010.
21. Perry JC, Banon E, Lanni F. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1312–1321.
22. Leichsenring F, Leibing E. *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1223–1232.
23. Wilberg T, Karterud S. *The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2001; 14: 125–129.
24. Bateman AW, Fonagy P. *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. Br. J. Psychiatry 2000; 177: 138–143.
25. Kusters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. *A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy*. Group Dynamics: Theory, Research and Practice 2006; 10: 146–163.
26. Arrindell WA. *Changes in waiting-list patients over time: Data on some commonly-used measures. Beware!* Behav. Res. Ther. 2001; 39: 1227–1247.
27. Lambert MJ, Ogles BM. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. W: Lambert MJ. red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. s. 139–193.
28. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak J, Trzcieniecka A, Zgud J. *Skuteczność niektórych form i metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1986; 58: 6–16.
29. Aleksandrowicz JW, Czałaba JC. *Skuteczność psychoterapii – metody i badania*. Psychiatr. Pol. 1979; 13(4): 391–396.
30. Aleksandrowicz JW, Kowalczyk E. *Ocena skuteczności terapii nerwic*. Psychoterapia 1984; 51: 15–27.
31. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Cechy psychoterapeuty a wyniki psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1994; 4: 3–12.
32. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ cech osobowości pacjenta na wyniki psychoterapii*. Psychoterapia 1994; 1: 3–10.
33. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentem a psychoterapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1992, 83(4): 47–53.
34. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. *Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii*. Psychoterapia 1992; 3: 9–22.
35. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004.
36. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006.
37. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
38. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Dorota Stolarska D. *KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2009; 11(1): 21–29.
39. Białas A. *Wiek pacjentów a skuteczność psychoterapii i możliwość zmiany cech osobowości*. Psychoterapia 2008; 144(1): 27–42.
40. Styła R. *Concept of reliable change in the usage of the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2011; 13(3): 21–24.

41. Styła R. *Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego?* Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 157–171.
42. Engel L. *Skuteczność ambulatoryjnej psychoterapii indywidualnej i grupowej w podejściu zintegrowanym*. Praca doktorska. Warszawa: IPiN; 2012.
43. Ježková V, Matulová P. *Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(3): 57–61.
44. Mazgaj D, Stolarska D. *Model terapii nerwic na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(4): 421–430.
45. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychother. 2011; 7(4): 20–34.
46. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 6: 667–676.
47. Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
48. Rosnow RL, Rosenthal R, Rubin DB. *Contrasts and correlations in effect size estimation*. Psychol. Sci. 2000; 11(6): 446–453.
49. Becker LA. <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm> [dostęp: 4.05 2014].
50. Thase ME. *Comparative effectiveness of psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy: it's about time, and what's next?* Am. J. Psychiatry 2013; 170(9): 953–956.
51. Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJ, Kaslow NJ. *Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution*. Psychotherapy (Chic) 2013; 50(1): 98–101.
52. Shean GD. *Some limitations on the external validity of psychotherapy efficacy studies and suggestions for future research*. Am. J. Psychother. 2012; 66(3): 227–242.
53. Białas A. *Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2009; 11(1): 11–19.
54. Bechgaard B. *Lessons in how to ruin a study in psychotherapy effectiveness: A critical review of the follow-up study from Chestnut Lodge (Conference Paper)*. J. Am. Acad. Psychoanalysis 2003; 31(1): 119–139.
55. Borkovec TD, Echemendia RJ, Ragusea SA, Ruiz M. *The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research*. Chirur. 2001; 73(4): 155–167.
56. Ritvo RR, Papilsky SB. *Effectiveness of psychotherapy*. Curr. Opin. Pediatr. 1999; 11(4): 323–327.
57. Seligman MEP. *The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study*. Am. Psychol. 1995; 50(12): 965–974.

Adres: Jerzy A. Sobański
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 28.12.2013
Zrecenzowano: 4.02.2014
Otrzymano po poprawie: 27.07.2014
Przyjęto do druku: 31.10.2014